FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 24

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE

DES

CHANCRES SYPHILITIQUES CÉPHALIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 DÉCEMBRE 1892

PAR

Charles-Fortuné REBOUL

ELÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Toulon (Var), le 16 octobre 1867.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN,	professeur,	*président,*
LAYET,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1892

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0045

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 24

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE

DES

CHANCRES SYPHILITIQUES CÉPHALIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 9 DÉCEMBRE 1892

PAR

Charles-Fortuné REBOUL

ELÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Toulon (Var), le 16 octobre 1867.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN,	professeur,	*président,*
LAYET,	professeur,	*juges.*
POUSSON,	agrégé,	
DUBREUILH,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... / MERGET ..... / AZAM..... } Professeurs honoraires.

Clinique médicale	MM. PICOT. / PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. / LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. / DUBREUILH. / MESNARD. / CASSAËT. / AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. / DENUCE. / VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. / CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. / N. | Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. N.	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. N.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales....	N.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	N.	Accouchements	N.
Clin. des mal. des femmes.	N.	Chimie.....	N.
Clin. des mal. des voies urin....	N.	Physique.....	N.

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.
Officier d'Académie.

RECHERCHES SUR L'ÉTIOLOGIE

DES

CHANCRES SYPHILITIQUES CÉPHALIQUES

INTRODUCTION

Dans le courant de nos études, nous avons pu observer plusieurs chancres de la face et il nous a paru intéressant d'établir l'étiologie de ces accidents dans les différents cas. Les modes de contagion sont très nombreux; nous faisons connaître les plus importants en nous appuyant sur une série d'observations, les unes personnelles, les autres qui nous ont été communiquées par nos maîtres ou qui ont été publiées antérieurement. La syphilis est la moins vénérienne des maladies de ce nom et l'infection se fait parfois en un siège inattendu; aussi le médecin doit-il être constamment sur ses gardes, afin de ne pas méconnaître la maladie dès son début, lorsqu'elle n'est encore qu'à l'état d'accident primitif.

L'importance de ces faits, sur lesquels on ne saurait trop insister, nous a encouragé à en faire l'objet de notre thèse inaugurale

que nous présentons aujourd'hui à nos juges et pour laquelle nous demandons toute leur indulgence.

M. le Dr Arnozan a bien voulu nous aider de ses conseils et nous guider dans notre travail, nous le remercions profondément de l'intérêt qu'il nous a porté et de la bienveillance qu'il nous a témoignée, il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. le Dr Moure, chargé du cours de laryngologie, nous a communiqué plusieurs observations, nous lui présentons tous nos remerciements ainsi qu'à M. le Dr de Chapelle, dont les conseils nous ont été d'un grand secours.

DIVISION DU SUJET

Nous diviserons notre sujet en deux parties :

Dans la première, nous nous occuperons du chancre céphalique en général et, après avoir établi sa nature syphilitique et sa fréquence, nous étudierons dans la seconde partie cet accident primitif dans les différentes régions de la tête.

Dans cette dernière étude, nous suivrons l'ordre suivant : 1° chancres de la bouche; 2° du nez; 3° des paupières; 4° de l'oreille; 5° du menton; 6° de la joue; 7° du front; faisant suivre les étiologies les plus curieuses, ou que nous avons eu l'occasion d'étudier de plus près, d'observations à l'appui.

DU CHANCRE CÉPHALIQUE

L'infection syphilitique est susceptible de se produire toutes les fois que la peau ou les muqueuses insuffisamment protégées par leur épithélium sont en rapport avec le virus syphilitique; le simple dépôt de ce virus ne suffit donc pas pour que l'endroit souillé devienne le siège de l'infection. Si l'épithélium protecteur est intact il n'y aura pas contagion et ce serait une profonde erreur de croire, comme autrefois, que l'échauffement des surfaces, que leur congestion vasculaire ou leur plus grande sensibilité sont suffisants pour la contagion. Si au contraire l'épiderme est lésé, soit déchiré, soit éraillé, soit aminci outre mesure, il y aura une véritable porte d'entrée qui permettra au virus de pénétrer dans l'organisme et l'infection se fera. Cette porte d'entrée n'est pas toujours facile à trouver, le plus souvent elle est imperceptible et échappe à toute investigation. Elle n'en existe pas moins, et dès à présent on peut mettre au nombre des circonstances susceptibles de produire la contagion, tous les actes soit physiologiques, soit morbides, soit traumatiques qui pourront détruire l'épiderme ou l'épithélium et permettre la pénétration du virus. On s'explique donc fort bien que la syphilis puisse avoir une origine tout autre qu'un coït impur; des trois maladies vénériennes, comme l'a dit Mauriac, c'est celle qui mérite le moins cette qualification. En dehors des rapports sexuels de toute sorte qui sont la cause la plus fréquente de contagion, la syphilis peut se produire chez des nourrices qui allaitent un enfant infecté; chez des verriers qui travaillent en soufflant avec la même canne; chez des enfants vaccinés avec la

même lancette infectée ou encore d'après la méthode dite de bras à bras, alors que le vaccin provient d'un sujet syphilitique et chez lequel, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Layet, le vaccin réveille ou active la diathèse syphilitique qui peut exister chez lui à l'état latent. Il n'est donc aucune région qui ne puisse devenir le siège d'un chancre syphilitique. On en a observé sur les parties les plus insolites et où il y avait le moins de chances de les rencontrer : aux pieds, aux jambes, dans le dos, à la nuque, aux paupières, aux doigts, sur les membres supérieurs; les muqueuses n'ont pas été plus épargnées et les chancres se sont montrés partout où la contamination pouvait se faire : amygdales, langue, lèvres, muqueuse anale, muqueuse uréthrale. Voici de quelle façon le professeur Fournier s'est exprimé à ce sujet dans une de ses cliniques : « Parmi les chancres extra-génitaux les plus fréquents, on doit citer ceux qui siègent sur les lèvres, la langue, la face, les doigts, le sein, l'anus. On les voit moins souvent sur les amygdales, les gencives, le palais, les paupières, les oreilles, le tronc... »

Parmi les anomalies les plus singulières, on peut citer un cas de chancre du sinciput, observé par Ricord, et M. Fournier en a vu un au niveau du grand trochanter et un autre au niveau du mollet. Le premier a été observé chez un homme qui faisait lit commun avec un syphilitique; le second, chez une jeune femme qui le contracta dans des circonstances dignes d'être notées à cause du mode particulier de contagion. Ayant été blessée à la jambe pendant un repas, par un éclat de verre, et craignant à cause de la vive douleur qu'elle éprouvait qu'un fragment ne fût resté dans la blessure, cette malade accepta l'offre d'un convive qui proposa de pratiquer la succion de la plaie pour en extraire le corps étranger. Mais quatre semaines plus tard parut, en ce point, un chancre bien caractérisé dont il fut facile de reconnaître l'origine en constatant que l'opérateur complaisant présentait des

syphilides buccales (*Journal de médecine et de chirurgie,* juillet 1880).

Le chancre simple est lui aussi essentiellement contagieux et cependant tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître son extrême rareté dans les régions extra-génitales. Il se rencontre le plus souvent sur la verge, le gland, le prépuce, le fourreau, la vulve, mais on a rarement l'occasion de l'observer dans le canal de l'urèthre et plus rarement encore sur la face. Cependant cette région ne paraît pas absolument réfractaire à l'inoculation du pus chancreux simple. M. Clerc a rencontré un chancre probablement simple de la lèvre inférieure situé sur la ligne médiane (Traité des maladies vénériennes, page 202). Le même auteur cite les faits observés par MM. Boys de Loury et de Costilhes qui ont vu chez une femme un chancre simple de l'angle interne de l'œil droit et chez une autre un chancre simple du conduit auditif externe; dans les deux cas les chancres avaient été inoculés par le grattage. M. Labarthe, cité par Belhomme et Martin, a vu un malade s'inoculer un chancre de la lèvre inférieure en tenant entre ses dents l'épingle qui servait à maintenir le pansement d'un chancre simple qu'il avait à la verge. Ces faits, si toutefois ils sont exacts, sont de très rares exceptions qui n'infirment en aucune façon ce que nous avons dit.

Voici comment s'exprime le professeur Fournier au sujet des chancres extra-génitaux, dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques : « Les chancres dits extra-génitaux se produisent où le hasard d'une contagion accidentelle, d'un attouchement quelconque a déposé le virus. On a observé de très curieux exemples sur presque toutes les régions du corps. Il est cependant une région où on ne rencontre les chancres simples que d'une façon extrêmement rare et singulièrement exceptionnelle, c'est la région céphalique, et ce fait est d'autant plus surprenant que le chancre syphilitique, tout au contraire, s'observe avec une certaine

fréquence sur les lèvres, sur la langue, sur les muqueuses ou la peau de la face. Ricord et Rollet de Lyon les premiers appelèrent l'attention sur cette curieuse immunité de la région céphalique pour le chancre simple : « A quelques exceptions près, disait notre très vénéré maître dans ses cliniques, en 1856, tous les chancres que j'ai eu l'occasion d'observer pendant ma longue pratique sur la face et le crâne appartenaient toujours et comme fatalement à une seule et même espèce de chancre, à l'espèce indurée, infectieuse. Surpris de la rareté de ce fait, j'instituai une sorte d'enquête pour en vérifier l'exactitude. Déjà, en 1858, j'avais pu réunir dans un travail que je publiais sur ce sujet 126 observations de chancres céphaliques; aujourd'hui j'en compte dans mes notes plus de 200. Or, toutes ces observations sans exception aucune, sont autant d'exemples de chancres syphilitiques développés sur divers points de la tête. Je ne connais, pour ma part, qu'une seule observation de chancre simple céphalique due à M. le Dr Puche, ancien médecin de l'hôpital du Midi. Je rapporte ce fait qui, sans être cependant inattaquable, présente néanmoins de très sérieuses garanties d'authenticité :

» Le nommé A... âgé de 22 ans, entra dans mon service le 17 novembre 1861. Ce jeune homme présentait sur la peau de la lèvre inférieure, vers la ligne médiane, une ulcération chancreuse, circulaire, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, offrant tous les caractères d'un chancre simple. Le début de cette ulcération remontait à 34 jours environ. Les premiers symptômes s'en étaient manifestés une huitaine de jours après un rapport dont le malade ne dissimulait nullement la nature. Aucun traitement n'avait été suivi; seulement vers le 13 novembre, la plaie avait été cautérisée au nitrate d'argent. Huit jours avant l'entrée du malade à l'hôpital il s'était produit une adénite légère dans la région sus-hyoïdienne. Bien que le chancre présentât une certaine induration à sa base, je le considérai comme un chancre simple.

Je le montrai à mon collègue M. le Dr Cullerier qui l'examina avec soin et porta le diagnostic opposé (chancre infectant). Pour lever tous les doutes j'eus recours à l'inoculation. Le 18 une inoculation fut faite sur l'abdomen à quelques centimètres au-dessus du nombril, avec une gouttelette de pus empruntè à ce chancre. Pendant que je faisais cette opération le malade, en voulant repousser ma main, se fit piquer au doigt avec la lancette chargée de pus. Le jour suivant un double chancre s'était produit sur l'abdomen et sur le doigt. Le malade ne fut soumis à aucun traitement anti-syphilique. Le chancre de la lèvre et les chancres d'inoculation guérirent dans le courant de décembre en laissant des cicatrices simples dépourvues de toute induration. Aucun accident constitutionnel ne s'était manifesté, quand le malade quitta l'hôpital le 31 décembre ».

Cette extrême rareté du chancre simple céphalique a toujours vivement préoccupé les auteurs; voici les raisons que donne M. Fournier: « On peut expliquer cette rareté par deux ordres de raisons très différentes :

» 1° Le chancre simple, affection cantonnée, pour ainsi dire, dans les régions sexuelles, ne peut guère se transmettre à la région céphalique que par un rapport direct de la bouche avec la verge ou avec la vulve. Or, les sujets qui sont affectés de chancres simples génitaux ne doivent, que bien exceptionnellement, s'exposer a transmettre la contagion à la bouche, parce que d'une part ils ne peuvent ignorer leur maladie et parce que d'autre part ils ne peuvent espérer qu'elle passera inaperçue.

» 2° Si la région céphalique n'est pas douée, comme on l'avait cru bien à tort, d'une immunité absolue contre le virus du chancre simple, du moins faut-il reconnaître qu'elle n'est pas aussi favorable à son développement que d'autres régions du corps.

» Toutes les parties de l'enveloppe cutanée ne sont pas également propres à la germination du virus chancrelleux. Tandis que,

en effet, le chancre simple se développe sur les régions génitales avec cette facilité et cette exubérance redoutables que chacun connaît, il germe mal sur les régions de la face et du crâne, alors même qu'il y est inséré par la lancette. Sans doute, il prend encore, comme on dit vulgairement, mais il ne s'y développe qu'incomplètement; il y reste petit, limité, chétif, malingre, si j'ose ainsi parler, et, de plus, il s'y éteint rapidement. Il semblerait véritablement qu'il rencontrât là un mauvais terrain, sur lequel il ne serait pas apte à acquérir les proportions qu'il revêt ailleurs ».

Les expériences de M. Aubert, de Lyon, et sa théorie soutenue dans sa thèse de doctorat par notre camarade Fournes (De la virulence du chancre simple et du bubon consécutif, de leur traitement par l'eau chaude), nous semblent de nature à éclairer cette question difficile à élucider, de la rareté des chancres simples céphaliques. La théorie de M. Aubert repose sur ce principe que les virus sont atténués et modifiés par la chaleur. Une série d'expériences lui permit d'admettre la sensibilité du virus chancreux à la température; il obtint, après une durée de 3 heures de chauffage, entre 38° et 38° 5', l'annihilation complète de l'activité virulente; entre 37° et 38°, il arriva au même résultat, mais après 16 et 18 heures d'expériences.

L'action de la chaleur étant ainsi démontrée d'une façon incontestable, M. Aubert explique tout naturellement certaines particularités du chancre mou encore dans l'obscurité. La chaleur de la cavité pelvienne suffit pour annihiler la virulence chancreuse dans le cas de chancre du col et empêche la production d'un bubon pelvien; l'érysipèle venant compliquer une lésion chancreuse phagédénique suffit, par l'élévation de température qu'il produit pour détruire la virulence, arrêter le phagédénisme et transformer en une plaie simple, la plaie primitivement chancreuse. M. Aubert avait également pratiqué des séries d'inoculation

qui lui avaient donné des résultats variables suivant les régions et parfaitement d'accord avec sa théorie. Sur les membres et surtout sur les membres inférieurs où la déclivité vient s'ajouter à la basse température, les chancres sont plus grands, et leur durée plus longue; sur le tronc, où la température est plus élevée, les chancres guérissent rapidement, et sur la face, où la température est encore plus élévée en raison de la circulation active de la région, les inoculations donnent lieu à des plaies à peine virulentes qui ont ont cet aspect malingre et chétif dont parle Fournier et qui guérissent rapidement.

Nous avons vérifié par l'expérience la théorie d'Aubert et nous avons pu nous rendre compte de la différence de température de la face, de l'abdomen et des autres régions. La face, et surtout les régions frontale et malaire ont une température normale qui dépasse 35°5, de même les parties latérales du cou dans le territoire des jugulaires et toute la partie antérieure; après les repas, cette température monte de 1° à 1° 5 et persiste avec cette élévation pendant une ou deux heures. Dans les régions hypogastrique et sus-pubienne, où les inoculations donnent les résultats les plus positifs, la température atteint à peine 33° 5. L'élévation de la température de la peau tient en effet à différentes causes déterminées par M. le professeur Bergonié : 1° Le voisinage d'un gros vaisseau sanguin ou d'un riche système vasculaire; 2° la plus grande conductibilité du tissu sous-jacent; 3° une protection plus efficace contre le rayonnement; 4° une évaporation moindre.

En résumé, nous expliquons la très grande rareté des chancres simples de la face, par les deux raisons données l'une par Fournier et l'autre par Aubert.

1° La douleur occasionnée par le chancre simple de la femme, empêche les rapports normaux et donne l'éveil à celui qui voudrait pratiquer le coït bucco-vulvaire. La même raison de pru-

dence fait que la femme qui a l'habitude de jouer un rôle actif dans ces rapports contre nature des deux sexes s'y refuse quand elle aperçoit la moindre ulcération sur le pénis.

2° La circulation active de la face produit une élévation de température qui nuit au développement du virus chancrelleux et empêche son évolution.

DU SIÈGE DU CHANCRE CÉPHALIQUE ET DE SA FRÉQUENCE

La syphilis débute chez la femme comme chez l'homme par un chancre syphilitique, sauf bien entendu les cas de syphilis héréditaire ou de syphilis post-conceptionnelle qui ne nous occupent pas et le plus souvent on réussit à découvrir le chancre syphilitique féminin quand on se donne la peine de le chercher. Mais il est indispensable, pour y arriver, d'explorer toutes les régions du corps, car, chez la femme, le chancre est extra-génital bien plus souvent que chez l'homme : 100 chancres génitaux contre 25 extra-génitaux d'après Clerc et Carrier; 100 chancres génitaux contre 16 hors des parties sexuelles d'après Fournier. Chez l'homme au contraire les chancres extra-génitaux ne sont, par rapport aux chancres des parties génitales, que dans la proportion de 7 à 8 o/o. On s'explique facilement la raison de cette fréquence relative du chancre extra-génital, le sexe féminin présente des régions éminemment propres à la contagion et qui y sont exposées beaucoup plus fréquemment que chez l'homme : de ces régions les plus importantes sont : le sein, l'anus et les régions péri-génitales.

Quant aux chancres de la bouche et de l'isthme du gosier, leur proportion est à peu près la même dans les deux sexes.

En réunissant plusieurs statistiques des chancres infectants observés chez l'homme, Mauriac a obtenu les résultats suivants : Sur 1773 cas, il y a eu 50 chancres céphaliques ainsi répartis : 36 sur les lèvres, 8 sur la langue, 1 sur les gencives, 3 sur la joue, le nez, la pituitaire, 2 sur les paupières. Cette proportion

varie avec les milieux et les hasards de la contagion buccale. Ainsi M. Rollet fait remarquer qu'à l'Antiquaille, service des hommes, quand les verriers des usines de Gier furent admis dans les salles, la proportion des chancres céphaliques augmenta progressivement et monta à 5, 6, 7 o/o et alla même jusqu'à 9 o/o. La fréquence du chancre céphalique est plus grande chez les femmes que chez les hommes. Il en est de même chez les enfants où, toutes proportions gardées, il y a beaucoup plus d'infections par la bouche, que chez les adultes, puisque c'est là que siège presque toujours l'accident primitif de la syphilis contracté pendant l'allaitement. Il est commun aussi dans l'enfance, dans l'adolescence et jusqu'à la puberté. On l'observe quelquefois chez les vieillards, dans les endo-épidémies syphilitiques et en particulier chez les vieilles femmes préposées à la garde des enfants. Le chancre céphalique comprend les chancres de la bouche et de ses annexes, de l'isthme du gosier, du menton, du nez, des joues, du front, des paupières, de la conjonctive, de l'oreille. Nous passerons successivement en revue ces différents accidents, donnant leurs caractères dans les observations que nous citerons et nous étendant surtout sur le mode de contamination dans les différents cas.

1° Chancres syphilitiques de la bouche et de ses annexes.

Le chancre syphilitique de la bouche est de tous les chancres céphaliques le plus fréquent. Il est connu depuis fort longtemps. Torella fait mention de la transmission de la syphilis par les baisers et il l'attribue à des lésions des lèvres ou du visage, ou de la bouche, surtout chez les nourrices qui ont l'habitude d'embrasser les petits enfants. Benedictus Victorius écrivait en 1581 : « Je sais d'expérience qu'un jeune homme jouissant d'une santé

irréprochable avait coutume d'embrasser une femme malade depuis longtemps de la vérole, il contracta la maladie sans avoir jamais eu d'autres rapports avec elle ».

Gibert s'exprime ainsi à ce sujet : « La bouche est le plus ordinairement le siège d'ulcères consécutifs; dans quelques cas pourtant on peut en rencontrer aussi de primitifs, non seulement sur les lèvres, mais encore sur la langue et dans la profondeur du gosier. Il suffit que le virus ait été directement déposé sur ces parties, mais on conçoit que c'est surtout la contagion des accidents consécutifs qui peut s'opérer par cette voie. D'ailleurs, dans plus d'une circonstance, on ignore si le mal développé par le contact a pour origine un accident primitif ou secondaire. Ainsi nous avons vu une jeune fille chez laquelle les ulcères syphilitiques étaient formés à l'isthme du gosier à la suite de l'embrassement forcé qu'elle avait subi de la part d'un soldat qui lui avait enfoncé sa langue dans la bouche. Ainsi quelques ulcères de la langue peuvent aussi être contractés par le baiser, par l'usage d'un instrument passé d'une bouche malade à une bouche saine ».

Il n'est pas nécessaire, pour que le chancre de la bouche se produise, que le virus soit directement appliqué sur l'endroit qui sera la porte d'entrée de l'infection. La salive lui sert de véhicule et c'est ce qui explique pourquoi l'on observe chez l'homme l'accident primitif sur les amygdales ou sur d'autres points de l'isthme.

Mauriac a classé les chancres buccaux d'après la source de la contagion de la façon suivante :

1° Les chancres buccaux ou labiaux qui résultent des rapports de bouche à bouche entre individus de même sexe surtout chez la femme, ou entre individus de sexe différent, ce qui est le mode le plus commun ;

2° Les chancres génito-buccaux ou bucco-génitaux qui ont leur point de départ tantôt à la bouche et tantôt aux organes génitaux. Ils ont à peu près la même fréquence dans les deux sexes ;

3° Les chancres ano-buccaux et bucco-anaux dans les deux sexes ;

4° Les chancres bucco-mammaires qui forment une catégorie très importante. Un nourrisson pourra prendre la syphilis au sein d'une nourrice infectée et être lui-même le point de départ de nouvelles infections. Un adulte la prendra de la même façon auprès d'une femme syphilitique. M. Rollet a cité une autre cause de contamination : la pratique, en usage surtout dans les campagnes, de dégorger le sein des nourrices et de faire le mamelon des nouvelles accouchées, par malaxation de la partie et surtout par succion, service qui est dû à l'obligeance soit d'une amie, soit d'une sage-femme, soit du mari lui-même ;

5° Les chancres syphilitiques transmis par l'intermédiaire d'objets inanimés, surtout par des ustensiles de ménage, fourchettes, cuillers, verres..., par le rasoir (Mauriac), par les pipes...

6° Les chancres professionnels ou chancres des verriers.

Les opérations sur les différentes parties de la bouche sont, au même titre que le contact d'objets infectés, susceptibles de produire l'éclosion d'un chancre.

C'est à la pratique de l'otologie que se rapportent les méfaits les plus nombreux. Un spécialiste parisien s'est rendu tristement célèbre en communiquant la syphilis à plus de soixante individus par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. Un chancre syphilitique siégeant au pharynx marque le début du mal chez ces malheureux qui, pour la plupart, furent très gravement frappés. Edouard Fournié, Gubler, Vigla, Alfred Fournier, Lortet, Gosselin, ont les premiers porté ces faits à la connaissance du public, en 1864. « Dix ans plus tard, dit M. Jullien, nous pûmes nous-même retrouver plusieurs de ces malades dans les hôpitaux spéciaux de Paris ».

Une opération très fréquente au siècle dernier, la transplantation des dents, en grande faveur à Londres, passe pour avoir servi,

dans une mesure qu'il est difficile de préciser, à la propagation de la vérole.

Plusieurs faits bien constatés par Picard, par Ricord et d'autres, établissent la possibilité de la contagion par la circoncision, telle que les Juifs la pratiquent. En effet, dans le but d'éviter l'hémorragie, le rite hébraïque prescrit de sucer le pénis après la section du prépuce. Il est fort possible alors que l'opérateur, s'il est atteint de lésions contagieuses, les transmette à l'opéré et réciproquement.

Nous ne parlerons pas de transmission par les parasites qui ne ne nous paraît pas, dans les chancres de la face, jouer un rôle sérieux. Pour les autres régions ce mode de contagion serait peut-être possible. Diday a appelé l'attention sur ce sujet et Profeta a publié une observation fort probante ayant trait à un jeune homme chez lequel les recherches les plus minutieuses ne permirent pas de découvrir d'autre agent infectieux qu'un acarus.

Les chancres syphilitiques de la région buccale sont par ordre de fréquence : les chancres *des lèvres, de la langue, des gencives, de l'isthme du gosier.*

a. Chancre des lèvres.

De tous les chancres céphaliques c'est le plus fréquent et par conséquent celui qui se communique avec le plus de facilité, surtout par la contagion des accidents secondaires. Pospelow, dans un travail très complet, a établi la statistique des contagions insolites de la syphilis. Les faits ont été recueillis à l'hôpital Mjassnitky de Moscou, dans lequel on reçoit surtout les syphilitiques de la classe ouvrière, et portent sur un espace de dix années de 1870 à 1880 inclusivement. Le nombre total des accidents primaires extra-génitaux traités dans cet hôpital s'est élevé à 198 dans

l'espace de 10 ans, et sur ce nombre il y a 49 chancres des lèvres (20 hommes et 29 femmes) dont 23 à la lèvre supérieure, 1 à la commissure des lèvres et 2 aux lèvres supérieure et inférieure. Le nombre des chancres extra-génitaux observés de 1888 à 1889 dans le service de M. Fournier s'élève à 26 dont 9 chancres des lèvres.

Les statistiques de Pospelow montrent la plus grande fréquence du chancre labial chez la femme ; cette prédominance existe non seulement à Moscou, mais dans toutes les grandes villes d'Europe, elle tient « à la position sociale des femmes qui, en dehors du mariage n'ont pas des droits égaux à ceux des hommes sous le rapport sexuel, tandis que les autres conditions des rapports sociaux et de la fréquentation avec des individus syphilitiques se produisent de la même façon que chez les hommes ».

La forme la plus fréquente de l'infection labiale est la contagion par les baisers ou par l'usage de vases et d'ustensiles communs. Le Dr Rollet a cité le cas d'une dame qui contracta un chancre de la bouche en se servant d'une cuiller qui appartenait à sa cuisinière. Grüner a signalé en 1783 la communauté du calice chez les protestants. Le fait est fréquent pour les nourrices qui ont la coutume d'introduire dans leur bouche la cuiller à potage destinée à l'enfant, avant de la lui présenter. Les verres font tous les jours de nouvelles victimes : nous avons vu l'année dernière dans le service de M. le professeur Lanelongue une malheureuse bonne atteinte de chancre phagédénique de la lèvre supérieure contracté en buvant dans le verre de son maître. Nous avons pris à l'hôpital Saint-Jean l'observation d'un individu qui contracta la vérole de la même façon en buvant dans le verre d'une personne infectée.

OBSERVATION I

C..., 24 ans, peintre, entre le 29 février à l'hôpital, dans le service de M. Arnozan et n'a jamais eu aucune maladie vénérienne antérieure, mais présente actuellement, vers le milieu de la lèvre inférieure, une ulcération circulaire, bien régulière, des dimensions d'une pièce de 50 centimes. Les bords en sont indurés, la lèvre est épaissie à son niveau, mais nullement œdématiée dans le reste de son étendue; la surface est recouverte par un enduit grisâtre, diphtéroïde et difficile à détacher; cette surface est légèrement suintante et saigne facilement, elle est un peu plus étendue à droite de la ligne médiane. Pas de douleurs. Les ganglions sous-maxillaires forment à droite une masse dure et bosselée; à gauche ils sont moins nombreux et moins développés; on en trouve quatre ou cinq roulant comme des noisettes sous le doigt; quelques ganglions occipitaux et axillaires, petits et durs que l'on retrouve aussi dans la région inguinale.

Pas d'éruption, ni de la peau, ni des muqueuses. L'ulcération date d'une douzaine de jours, elle a débuté par un petit bouton, une papule à laquelle le malade prêtait d'autant moins d'attention qu'elle n'était nullement douloureuse. Cet homme ne sait de quelle façon il a pu être contaminé, il croit avoir bu dans le même verre qu'un syphilitique, une dizaine de jours avant l'apparition de la papule primitive du chancre. Il vit depuis près de 5 ans avec la même femme et n'a pas de rapports avec d'autres personnes.

Comme traitement on fait simplement de l'antiseptie de la région ulcérée.

2 mars : Apparition sur le tronc, en avant et en arrière, de taches confluentes, pâles, de roséole; ces taches sont difficiles à voir et pour les mettre en lumière il faut éclairer soigneusement les régions où elles sont situées.

Traitement : Pilules de Ricord, deux par jour. Le malade, obligé de sortir pour affaires personnelles, quitte le même jour l'hôpital et ne reparaît plus.

Il n'est pas jusqu'aux bouteilles qui n'aient été incriminées (Ollivier), et ce fait paraîtra admissible si l'on réfléchit que les tonneliers, qui ont l'habitude de mâcher les bouchons, peuvent fort bien les imprégner de liquide contagieux. Hardy a cité un fait de contagion par l'intermédiaire d'une dragée.

Un autre mode de contagion également fréquent chez les enfants, c'est la contagion par le sein d'une nourrice infectée et présentant des accidents contagieux, surtout des plaques muqueuses.

Les bouts de cigares, les pipes sont une cause de contagion plus fréquente qu'on ne le croit, par suite de la mauvaise habitude qu'ont les fumeurs de s'emprunter ou de se prêter réciproquement leurs pipes. Violet pense que les petites guillotines qui servent à exciser l'extrémité des cigares peuvent, au contact d'un bout préalablement mâché, s'imprégner de la substance contagieuse et la déposer sur un cigare suivant. Le docteur Rizat rapporte ce fait à l'appui : deux amis entrent dans un bureau de tabac et achètent chacun un cigare ; l'un des fumeurs humecte son cigare avant d'en couper le bout avec l'instrument destiné à cet usage ; l'autre, aussi, répète la même opération et au bout de quelque temps il se voyait atteint d'un chancre induré de la lèvre. Ces circonstances sont d'autant plus dangereuses que nul ne s'en défie.

Dans la *Revue médicale de l'Est* de novembre 1878, le docteur Spillmann a publié l'observation suivante d'un jeune tapissier qui prit son chancre en mettant dans sa bouche des clous infectés.

OBSERVATION II

(Dr Spillmann).

Le jeune G..., âgé de 13 ans et demi, fils d'honnêtes ouvriers, est apprenti tapissier. Le père et la mère n'ont jamais eu d'affections syphilitiques ; ils ont d'autres enfants qui sont très bien portants. Le jeune

apprenti est fort, bien constitué et n'a jamais eu de maladies sérieuses. Cet enfant porte depuis plusieurs jours à la lèvre inférieure, au côté droit et à la face antérieure, une petite plaque rouge, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. En saisissant cette plaque entre les doigts, on a la sensation d'une nodosité dure, de la grosseur d'un noyau de cerise ; cette plaque n'est pas douloureuse ; les ganglions sous-maxillaires sont engorgés. Rien aux organes génitaux. Les parents sont interrogés avec soin, l'enfant est pris à part, et cependant on ne trouvait nulle part la trace de l'infection, lorsque l'enfant se rappela qu'il travaillait avec un ouvrier malade et qu'il prenait ses clous dans le même sac que lui. Or, les tapissiers, ont l'habitude de mettre dans leur bouche, une petite poignée de clous, qu'ils prennent au fur et à mesure des besoins de leur travail ; ils rejettent dans leur sac le surplus de ces clous. L'ouvrier examiné avait eu des chancres de la verge 6 mois auparavant et avait la bouche remplie de papules secondaires.

Il est donc plus que probable que l'enfant s'était infecté en mettant dans sa bouche des clous imprégnés de la salive de cet homme.

Depuis, l'enfant a eu des croûtes dans les cheveux, des papules secondaires dans la bouche, sur le scrotum, à l'anus et dans l'arrière-gorge.

Les coups de rasoir chez les barbiers sont une cause d'infection ; nous avons vu l'année dernière, à la consultation gratuite de M. Arnozan, un jeune homme nouvellement marié, porteur d'un chancre à la lèvre inférieure et qui en ce point avait été écorché par le rasoir de son perruquier ; nous avons recherché avec soin ce qui avait pu déterminer l'infection et n'avons trouvé que cette écorchure.

OBSERVATION III

L..., 24 ans, se présente au mois de mars 1892, à la consultation gratuite de M. Arnozan, pour une ulcération de la lèvre inférieure qui date d'une dizaine de jours, et se trouve située entre la commissure gauche et le milieu de la lèvre. Ses dimensions sont celles d'une pièce de 50 centimes ; elle fait saillie au-dessus du reste de la muqueuse, sa surface est recouverte de débris de pellicule grisâtre mêlés à une sérosité opaline, ses bords sont réguliers et nettement indurés ; la lèvre est un peu adématiée. Les ganglions sous-maxillaires ont, du côté de la lésion, le développement considérable que nous avons toujours rencontré et sont beaucoup moins développés de l'autre côté. On trouve encore quelques petits ganglions indurés dans les autres régions.

Le malade, marié depuis 3 mois, craint d'avoir contracté son mal, en se faisant raser chez un perruquier où il n'avait pas l'habitude d'aller.

Traitement : 2 pilules de Ricord par jour.

Revient huit jours après la consultation, le tronc couvert en avant et en arrière de taches de roséole. Le chancre est très induré et ulcéré.

Traitement : 2 pilules de Ricord ;
2 bains de sublimé par semaine.

Ne s'est plus représenté à la consultation.

Nous devons citer un mode particulier d'infection signalé pour la première fois par Martineau, c'est la transmission syphilitique par tube acoustique.

Cet appareil est assez répandu pour devenir une cause de contagion et l'on conçoit quelles précautions doivent prendre les maîtres vis-à-vis de leurs domestiques et vis-à-vis d'eux-mêmes.

M. Martineau cite l'observation d'une jeune femme qui contrata la syphilis par la bouche en parlant dans le cornet d'un tube acoustique établi dans un hôtel occupé par ses maîtres.

Le docteur Vidal a communiqué en février 1889, à la Société de dermatologie, un autre cas du même genre que nous rapportons :

OBSERVATION IV

(Dr Vidal).

Jeune fille de 21 ans portant des lésions superficielles des lèvres siégeant surtout à la lèvre inférieure. La malade est depuis trois semaines à l'hôpital Saint-Louis et ces lésions se sont peu modifiées. A ce moment, on pouvait constater sur la lèvre inférieure que ces ulcérations présentaient un certain relief sur leurs bords. La lèvre était épaissie. En pressant la partie ulcérée entre les doigts, on pouvait percevoir une induration superficielle, parcheminée. Les ganglions sous-maxillaires des deux côtés étaient augmentés de volume.

Le diagnostic, d'abord difficile, se confirma dans la suite, grâce à l'apparition de plaques muqueuses sur l'amygdale et d'une roséole bien caractérisée.

Le mode de contagion est dans ce cas digne d'être signalé. Cette jeune fille travaillait dans un atelier. Un jeune homme, qui y est également employé, « avait mal aux lèvres »; tous deux se servaient d'un même tube acoustique. C'est en plaçant ses lèvres eczémateuses sur l'embouchure de ce tube que la malade a gagné son chancre.

Parmi les syphilis transmises à la bouche par l'intermédiaire des corps inertes, il n'en est pas qui mérite d'être étudiée plus sérieusement que celle des ouvriers verriers. C'est à M. Rollet que revient le mérite d'avoir observé et décrit le premier, en 1858, la source importante de contagion syphilitique qui résulte du soufflage du verre.

On distingue trois opérations dans la fabrication d'une bouteille : 1° le cueillage du verre fondu, au bout de la canne; 2° l'allonge-

ment du cueillage, le moulage ou la paraison et 3° le soufflage de la boule en verre.

Les ouvriers employés au soufflage forment une série de trois et soufflent, alternativement et sans intervalle, dans un long tube de fer ayant la forme d'une queue de billard et qu'on appelle la canne. Le premier qui prend la canne est un enfant ou un tout jeune homme, on l'appelle le *gamin*, il retire du four la canne chargée de verre en fusion et il y souffle quelquefois, mais pas toujours. Le second est plus âgé, c'est le *grand garçon*, il donne au verre par l'insufflation la forme d'une ovoïde allongée et passe ensuite la canne au troisième souffleur, *l'ouvrier*, homme d'âge mûr qui imprime au verre sa forme définitive. La canne est ensuite reprise par le gamin et l'opération que nous avons décrite sommairement recommence. L'infection syphilitique peut donc se produire avec la plus grande facilité entre ces trois individus qui passent le même tube sur leurs lèvres, l'humectent de leur salive et le font tourner dans leur bouche en soufflant. L'agent le plus ordinaire de la contagion est le grand garçon dont la bouche souvent ulcérée est un lieu d'élection des accidents syphilitiques. La compression de l'air dans la bouche, pendant le soufflage, provoque sur toute la muqueuse de cette cavité une inflammation chronique qui se concentre principalement vers la paroi médiane et supérieure des joues; elle consiste en plaques psoriasiques d'un blanc d'argent mat qu'on peut appeler professionnelles parce qu'elles ne s'observent que chez les verriers et principalement chez les souffleurs qui remplissent depuis plusieurs années le rôle de grand garçon et d'ouvrier. Ces plaques psoriasiques, qu'il ne faut pas confondre avec les plaques syphilitiques, atteignent parfois la largeur d'une pièce de 5 francs et s'étendent du repli supérieur au repli inférieur des gencives; autour et au-dessus de l'ouverture du canal de Sténon. L'embouchure de ce dernier devient rouge et turgescente, son sphincter cède quelquefois à la pression de l'air et le canal salivaire

se dilate dans toute son étendue jusqu'à la parotide. Les joues perdent leur ressort, elles deviennent cassées et sur les lèvres le frottement de la canne détermine la formation d'un véritable durillon. Toutes ces lésions, décrites par M. Guinaud dans son livre sur la syphilis des verriers, facilitent l'infection et l'on s'explique les véritables endo-épidémies syphilitiques qui se sont produites dans les usines verrières de Rive-de-Gier, de Faymoreau, de Montluçon, de Limoges.

Ces malheureux accidents de contagion ont soulevé la question prophylactique et grâce à l'initiative de M. Diday en 1862, à la suite de l'épidémie survenue dans l'usine Lenoir, la visite périodique a été employée par les patrons contre la syphilis des verriers. La même année, M. le Dr Chassagny proposa l'emploi d'un embout placé entre la bouche du souffleur et le tube dont chaque ouvrier serait muni. Cette invention simple et ingénieuse fut d'abord reçue avec enthousiasme, mais elle retardait le travail et ne tarda pas à être complètement abandonnée. La visite est donc le seul moyen de prophylaxie actuellement en usage dans les usines de verriers, malheureusement, cette visite n'est pas toujours régulière; souvent on néglige l'examen des organes génitaux et les patrons acceptent de nouveaux arrivants sans leur faire subir une contre-visite rigoureuse.

Sur la proposition de M. Diday, la Société nationale de médecine de Lyon, présidée par M. Rollet, a émis, dans la séance du 30 novembre 1889, le vœu suivant :

1° Que les visites périodiques régulières des ouvriers verriers employés au soufflage soient instituées dans toutes les usines où l'on fabrique le verre;

2° Que les ouvriers souffleurs syphilitiques ou ayant eu la syphilis ne soient plus admis à travailler sans faire usage de l'embout inventé par M. Chassagny, au moyen duquel la contagion, entre compagnons de soufflage est sûrement évitée.

D'ailleurs les ouvriers verriers ne sont pas seulement susceptibles de présenter l'accident primitif sur les lèvres, mais encore sur n'importe quelle autre partie de la bouche qui aura été en contact avec la salive infectée. M. Rollet a signalé plusieurs observations de chancres des gencives et des amygdales. Et cependant, chose curieuse, malgré les gerçures, les fendillements répétés, le psoriasis chronique, jamais on n'a observé de chancres à la face interne des lèvres.

Nous avons pu observer, à l'hôpital Saint-Jean, deux chancres de verriers; le mode de contagion ne faisait aucun doute et la lésion était caractéristique; c'est l'histoire de ces deux malades que nous rapportons.

OBSERVATION V

Eugène R..., 24 ans, verrier, entre le 20 janvier dans le service de M. Arnozan pour chancre de la lèvre supérieure.

N'a jamais eu de maladies vénériennes antérieures; est depuis plusieurs années employé dans une verrerie où il travaillait en dernier lieu avec un ouvrier probablement syphilitique (peu de temps auparavant, les cheveux de cet ouvrier étaient tombés et sa bouche présentait des plaques ulcéreuses pour lesquelles il devait souvent se gargariser).

L'ulcération date de trois semaines environ; la bouche du malade était alors le siège d'une stomatite érythémateuse professionnelle; ses lèvres étaient fissurées. L'une de ces fissures, exactement sur le milieu de la lèvre supérieure, s'indura et prit assez vite les dimensions qu'elle a maintenant. Cette ulcération a les dimensions d'une pièce de 1 franc; elle fait une saillie notable sur le reste de la muqueuse; ses bords sont circulaires, sa surface est recouverte d'une pellicule brunâtre ne permettant l'écoulement d'aucune sérosité. Elle repose sur une base indurée; la lèvre, très épaissie dans toute son étendue, est déjetée en dehors et a un aspect de

scrofule. Ganglions durs et en pléiade de chaque côté où ils forment une masse bosselée et ferme ; petits ganglions occipitaux, axillaires et inguinaux.

Rien à la peau ni aux muqueuses.

Traitement antiseptique.

30 janvier : Le chancre a peu diminué de volume, son aspect n'a pas changé, la lèvre est toujours épaisse. Apparition de roséole papuleuse très nette au tronc et à la racine des membres.

Traitement : Liqueur de van Swieten, 2 cuillerées.
Bain de sublimé tous les 2 jours.

10 février : Le volume du chancre est beaucoup moins considérable, l'œdème de la lèvre diminue et les ganglions sous-maxillaires deviennent plus faciles à saisir et à séparer.

La roséole continue son évolution.

15 février : Au niveau de l'ulcération, surface foncée à bords rosés en voie de cicatrisation, lèvre présente encore un peu de gonflement.

Un grand nombre des éléments papuleux ont déjà disparu, quelques autres s'agrandissent et forment 4 ou 5 plaques muqueuses isolées en arrière du tronc.

20 février : Plaques aux piliers antérieurs et aux amygdales, elles sont cautérisées au crayon de nitrate d'argent et le malade est mis au traitement mixte (Sp. Gibert).

25 février : Ulcération à peu près cicatrisée et lèvre normale, l'adénite sous-maxillaire a beaucoup diminué.

On trouve sur le corps avec les plaques muqueuses des syphilides papulo-squameuses. Les plaques de la gorge sont moins étendues.

Traitement : mixte et bains de sublimé.

5 mars : Les plaques de la gorge ont disparu, mais l'éruption persiste, quelques papules hypertrophiques se sont montrées aussi sur le scrotum.

10 mars : Il ne s'est pas formé de nouveaux éléments éruptifs, en bien des points les papules ont pâli.

17 mars : L'éruption est remplacée en la plupart des endroits par des taches brunâtres peu foncées ; au scrotum plus de plaques, rien à la gorge. La lèvre a repris sa forme normale mais paraît cependant encore un peu épaissie au siège du chancre dont il ne reste qu'une petite tache foncée circulaire.

Le malade sort.

OBSERVATION VI

Henri A..., 20 ans, ouvrier verrier, se présente le 6 janvier à la consultation gratuite de M. le Dr de Chappelle et entre le même jour dans son service à l'hôpital Saint-Jean.

Comme antécédents vénériens, a eu une blennorrhagie rapidement guérie par des injections l'année dernière ; jamais de chancres.

Cet homme présente, au milieu de la lèvre inférieure, une ulcération dépassant légèrement en hauteur les tissus voisins, des dimensions d'une pièce de 1 fr., à bords régulièrements circulaires et à surface rougeâtre, humide, recouverte en quelques points d'une pellicule mince et vernissée ; cette ulcération repose sur une base bien indurée, la lèvre elle-même est épaissie, œdématiée dans toute son étendue ; elle est peu déjetée en dehors. Ganglions sous-maxillaires durs et engorgés, en pléiade des deux côtés où ils forment une masse volumineuse et bosselée ; quelques ganglions occipitaux et axillaires peu perceptibles, pas de ganglions inguinaux. Aucune éruption ni de la peau, ni des muqueuses.

Le début de cette ulcération remonte à une quinzaine de jours ; avant cette époque, le malade présentait au milieu de la lèvre une fissure assez profonde et saignant facilement ; malgré cette ulcération, il continuait son travail de souffleur ; c'est cette fissure qui peu à peu s'est développée et indurée pour devenir le chancre actuel.

Traitement : Cautérisation au nitrate d'argent.
Application de pommade au calomel.

10 janvier : La surface ulcérée a un peu pâli ; probablement par suite de l'application de pommade, elle conserve les mêmes caractères d'induration et d'étendue.

15 janvier : Apparition sur le tronc en avant et un peu en arrière d'éléments papuleux, rosés, peu caractérisés. L'œdème de la lèvre a légèrement diminué, la surface du chancre est encore humide du contact de la salive, mais ne suppure pas.

20 janvier : Eruption papuleuse généralisée au tronc et à la racine des membres. La lèvre a considérablement diminué de volume, l'induration est toujours marquée au niveau du chancre, mais celui-ci semble avoir des dimensions moindres. Ses bords tendent à la cicatrisation. Les ganglions sont plus faciles à délimiter et ne forment plus une masse indurée comme au début.

31 janvier : La lèvre a repris sa forme et sa consistance normales, sauf au niveau du chancre où l'on trouve encore un noyau d'induration. L'éruption papuleuse persiste avec les mêmes caractères.

Traitements : Liqueur de van Swieten, 2 cuillerées par jour.
Bains de sublimé tous les deux jours.

7 février : Le chancre est cicatrisé, sa surface légèrement brunâtre est au niveau du reste de la muqueuse, la base est encore un peu indurée. Les papules ont pâli et tendent à disparaître, il ne s'est pas formé d'éléments nouveaux. Induration des ganglions sous-maxillaires très diminuée, dans les autres régions, ganglions petits et engorgés.

22 février : Le malade, se trouvant beaucoup mieux, sort, mais pour rentrer 15 jours après ; le 22 février, dans le service de M. Arnozan. Au niveau du chancre on ne trouve plus qu'une petite tache circulaire des dimensions d'une pièce de 20 centimes, un peu brunâtre ; encore un peu d'empâtement à son niveau. Les papules ont disparu, mais ont laissé de petites taches bronzées partout où s'est faite l'évolution de la roséole. Au scrotum plaques muqueuses disséminées de dimensions variant entre une lentille et une pièce de 50 centimes ; à l'anus et dans le sillon interfessier

surface rougeâtre et suintante, mais n'ayant en aucun point le caractère hypertrophique.

Traitement : Sirop de Gibert, deux cuillerées par jour.

Cautérisation des plaques au nitrate acide de mercure.

4 mars : Les plaques sont guéries, plus qu'un peu d'érythème à la région fessière. Il ne reste à peu près rien des papules, encore une légère induration au siège du chancre.

Le malade sort.

Par les différentes observations que nous avons rapportées, on voit que tous les types de chancres syphilitiques peuvent se présenter sur les lèvres, leurs dimensions sont variables comme l'induration et la forme elle-mêmes. Mais quels que soient leur forme et leur volume, les chancres des lèvres s'accompagnent toujours d'une adénopathie sous-maxillaire prononcée. Elle atteint quelquefois des proportions considérables et produit une tuméfaction diffuse d'une partie ou de la totalité du plancher buccal. Les lèvres sont épaissies, tuméfiées dans toute leur épaisseur et par leur poids produisent souvent un véritable prolapsus de la lèvre inférieure. L'aspect des malades avec leurs grosses lèvres indurées et leur mâchoire inférieure gonflée les fait ressembler à des scrofuleux.

b. Chancre des gencives.

Cet accident primitif est très rare. M. Clerc en cite trois cas : un observé par lui, le second par M. Carthy, le troisième par Bassereau. M. Hulot en a publié une observation dans les Annales de dermatologie de 1879, c'est cette observation que nous rapportons. L'étiologie est la même que celle des chancres labiaux. En Angleterre on a observé les cas de chancres de gencives à la suite de la transplantation des dents.

OBSERVATION VII

(De M. Hulot. *Annales de dermatologie*, de 1879).

Le nommé X..., âgé de 32 ans, journalier, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis et est reçu salle Saint-Louis, n° 58, dans le service du Dr Fournier.

En 1870, le malade fut soigné à l'hôpital du Midi pour un chancre phagédénique et gangréneux qui a laissé dans la rainure balano-préputiale une cicatrice blanche déprimée large comme une pièce de 1 fr. Il ne subit aucun traitement interne, et, après sa sortie, n'eut ni éruption, ni maux de gorge, ni croûtes dans les cheveux, ni enfin aucune manifestation de syphilis.

Le 5 octobre dernier, il y a six semaines, le malade fut embrassé sur la bouche par une femme avec laquelle il affirme n'avoir eu aucun autre rapport. Un mois plus tard environ, il remarquait au-dessus des premières incisives supérieures une ulcération qui augmenta rapidement d'étendue, de consistance et de volume. Depuis peu de jours, il s'est aperçu qu'il avait sur tout le corps une éruption confluente de petits boutons rouges, plats, grands comme des lentilles. C'est presque au même moment, nous dit-il, qu'il a remarqué sur ses bourses une vingtaine de petites ulcérations qui ne sont autre chose que des syphilides ulcéreuses du scrotum. L'érosion de la gencive consiste en une entamure de la grandeur d'une amande à diamètre transversal, découvrant le collet des incisives et même une petite surface du bord alvéolaire du maxillaire supérieur.

Elle repose sur une base indurée, aisément perceptible. De leur côté, les ganglions sous-maxillaires sont considérablement engorgés et forment de petites tumeurs dures, indolentes.

Le 19 novembre, on fait au malade deux inoculations l'une au bras droit, avec la sérosité gingivale ;l'autre à la cuisse avec la sérosité scrotale ; le résultat fut négatif.

Le 21, dernière tentative d'inoculation.

Même résultat.

Le malade est mis au traitement spécifique.

c. Chancre lingual.

Les chancres développés sur la langue sont moins fréquents que ceux développés sur les lèvres. On les constate le plus souvent sur la pointe de la langue. M. Clerc n'en cite que deux cas dans son Traité des maladies vénériennes. Sur soixante-dix-sept cas de chancres infectants le docteur Fournier ne l'a observé que deux fois.

La contagion se fait comme pour les chancres labiaux; on conçoit qu'ils se montrent surtout à la suite des rapports génito-buccaux. M. le Dr de Chappelle en a observé un cas qu'il a bien voulu nous communiquer :

OBSERVATION VIII

(M. de Chapelle).

Le jeune X..., âgé de 25 ans, vient me trouver dans le courant de juin 1889 pour une ulcération qu'il présente à la pointe de la langue. Cette ulcération, datant de quinze jours, a débuté par un petit bouton papuleux, nullement douloureux mais gênant un peu le malade pendant les mouvements de mastication. Il a écorché ce bouton et à la place est venue s'installer l'ulcération actuelle.

Au niveau de la pointe de la langue, ulcération circulaire des dimensions d'une pièce de 20 centimes. Les bords, parfaitement réguliers, ne sont pas déchiquetés et se continuent par une pente insensible avec la surface de l'ulcération. La surface ulcérée est un peu creusée en godet; elle est recouverte d'une pseudo-membrane opaline et repose sur une base nettement

indurée. Point de douleurs spontanées; le malade ne souffre pas, il est plutôt gêné, surtout pendant les mouvements de mastication qui déterminent une légère hémorragie.

Adénopathie sous-maxillaire; pas encore d'éruption. Deux inoculations ont été faites qui ont donné un résultat négatif et, quinze jours après, le malade est venu de nouveau me trouver présentant cette fois sur le tronc et les membres une magnifique roséole.

Il m'a avoué franchement qu'une douzaine de jours avant l'apparition du bouton primitif, il avait eu avec une femme de rencontre des rapports expliquant parfaitement le siège du chancre.

d. Chancre des amygdales.

L'étiologie reconnaît pour causes toutes celles que nous avons énumérées précédemment. Des baisers avec des personnes contaminées, l'usage d'objets appartenant à des syphilitiques (pipes, verres, biberon), le coït *ab ore*. MM. Rollet et Diday en ont observé plusieurs cas à l'Antiquaille chez les verriers. M. Hulot en a rapporté trois observations : dans la première, la contamination est due aux baisers d'un enfant porteur de chancre syphilitique à la commissure labiale; dans la seconde, probablement à des rapports anormaux et dans la troisième, aux baisers d'une petite fille présentant des plaques dans la bouche après un chancre du cou que lui avait donné sa bonne. M. Mauriac a observé un malade porteur de six chancres, deux des amygdales, deux des lèvres, deux du fourreau de la verge. Les chancres des amygdales présentaient une induration très marquée, les amygdales étaient hypertrophiées et rétrécissaient l'isthme du gosier. Le malade avouait fort bien l'origine de ces divers chancres. Quand les chancres des amygdales évoluèrent, il eut une gêne telle dans la déglutition qu'il ne pouvait prendre que des aliments liquides.

Nous avons observé dernièrement, aux consultations de M. le Dr Moure, un chancre de l'amygdale gauche consécutif à des rapports *ab ore* que le malade avait fréquemment avec une femme atteinte de plaques muqueuses buccales; la lésion était caractéristique, d'ailleurs le diagnostic a été confirmé par les accidents ultérieurs. Voici cette observation, prise par M. le Dr Beausoleil :

OBSERVATION IX

(Dr Moure).

Marcelin D..., 34 ans, employé de commerce, se présente à la clinique du Dr Moure le 29 septembre. Les antécédents héréditaires sont nuls. Dans les derniers jours d'août, le sujet éprouva un mal à la gorge qui disparut sans traitement en 2 ou 3 jours et auquel il n'apporta que fort peu d'attention. Le malade nous dit alors qu'il avait des rapports fréquents *ab ore* plusieurs fois par jour, avec une femme qui avait aussi mal à la gorge. Vers le 10 septembre il constata dans la région sous-maxillaire gauche, à l'angle de la mâchoire, une tumeur de la grosseur d'une noisette qui grossit rapidement et en 2 ou 3 jours atteignit le volume d'un œuf de pigeon.

Le 13 septembre survint un mal à la gorge assez violent avec dysphagie, symptôme que le malade considéra comme une simple indisposition qu'il fit soigner pendant quelques jours, mais sans résultat, par un pharmacien. D... se décide alors à venir à la clinique du Dr Moure : il présente en ce moment une inflammation de toute l'arrière-gorge, la luette et le voile du palais sont très rouges. L'amygdale droite est augmentée de volume et les piliers ainsi que le pharynx sont hyperémiés.

Du côté gauche, l'amygdale a notablement augmenté de volume, elle est rouge et très dure dans sa portion inférieure.

La partie supérieure de la glande est recouverte d'un enduit pseudo-membraneux, blanc grisâtre, épais et résistant, qui s'enlève difficilement avec le porte-ouate. Lorsque ces matières sont enlevées, on constate tout

à fait au sommet de l'amygdale une ulcération cratériforme, sanieuse, assez irrégulière, saignant au moindre contact. Les bords de la plaie paraissent indurés. Le diagnostic, d'abord rendu incertain par l'aspect de la glande et des produits pseudo-membraneux d'apparence diphtéroïde qui la recouvrent, fut confirmé lorsque quelques jours après le malade revint à la clinique. L'amygdale était alors détergée de son enduit pultacé et présentait à la partie supérieure ce point ecchymotique que l'on observe habituellement dans les cas de chancre infectant de l'amygdale. Le malade présentait aussi à ce moment des signes non douteux de syphilis; le tronc était couvert d'une éruption de roséole caractéristique et sur les amygdales on voyait des plaques muqueuses. Tous ces symptômes, et principalement le gonflement rapide du ganglion sous-maxillaire, nous prouvèrent que nous avions affaire à un chancre de l'amygdale et que nous assistions à la transformation sur place des accidents primitifs en accidents secondaires. On appliqua immédiatement le traitement spécifique :

Traitement : Biiodure de mercure.
Iodure de potassium.
Gargarismes iodo-iodurés.

Ce traitement fit rapidement disparaître les accidents. Ce malade, qui est revenu trois semaines plus tard à la clinique, était complètement guéri de ses accidents. Seul le ganglion sous-maxillaire était encore légèrement hypertrophié.

2° Chancre du nez.

Les accidents de cette région peuvent occuper le lobule, l'aile du nez, ou les fosses nasales.

Des premiers, il existe un assez grand nombre d'observations; ils sont dus soit à des caresses, soit à des morsures, plus rarement au contact d'objets infectés.

Les chancres des fosses nasales sont beaucoup plus rares. M. le Dr Moure, dans un compte-rendu à la Société de laryngologie, à propos d'un chancre induré de la fosse nasale gauche, s'exprimait de cette façon : « En 1887, Dupond ne put réunir que trois observations détaillées et authentiques de chancre induré ayant pris naissance dans l'une ou dans l'autre des fosses nasales antérieures; c'étaient celles rapportées par Spencer Watson, Rasori et moi-même. Depuis cette époque, bien peu de faits nouveaux sont venus s'ajouter aux précédents; M. Cazollino (de Naples) en a signalé trois cas et M. Boswarth, dans son livre récent sur les maladies du nez, n'ajoute rien à cette intéressante question ».

Voici l'observation qui a été publiée en 1887 par M. le Dr Moure dans la *Revue de rhinologie* :

OBSERVATION X

(Dr Moure).

Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, présentant une légère tuméfaction de la narine droite et portant sur la cloison, à un centimètre environ du bord inférieur, une petite tumeur arrondie, adhérente aux parties profondes, recouverte d'un enduit blanchâtre; son volume est celui d'une petite noisette. Le doigt introduit dans la narine permet de constater que cette tumeur est extrêmement dure, presque cartilagineuse. Une éruption généralisée, caractérisée par des taches rouges, non saillantes, d'une teinte presque cuivrée, ayant tous les caractères de la roséole syphilitique, nous fait songer à un chancre induré développé sur la muqueuse pituitaire. Un traitement mercuriel fait disparaître rapidement tous les accidents.

Le malade ne peut donner aucune explication de contagion ; il est probable qu'il aura touché la vulve d'une femme qui avait des plaques muqueuses, puis qu'il s'est mis le doigt dans le nez, et a ainsi apporté sur sa pituitaire, peut-être érodée au préalable, le virus syphilitique.

L'observation suivante appartient aussi à M. Moure, l'étiologie est probablement la même que dans le cas précédent, l'infection s'est faite par contact direct ou bien les malades ont porté à leurs fosses nasales le virus que leurs doigts avaient pris à la vulve d'une femme malade.

OBSERVATION XI

(Dr Moure).

Maurice X..., âgé de 25 ans, vient à la consultation le 22 juin 1891, pour un mal au nez qu'il ressent depuis 1 mois 1/2 environ.

A ce moment son état général est excellent ; les antécédents héréditaires n'apprennent rien. Il n'a jamais été sérieusement malade; quoiqu'un peu effrayé d'un contact qu'il a craint être infecté, il ne présente aucune trace de syphilis; la verge est intacte, saine, la surface de la peau absolument normale.

A l'examen de la fosse nasale, on constate une ulcération saillante, ayant environ la dimension d'une pièces de 50 centimes, un peu allongée dans le sens antéro-postérieur et occupant le cartilage quadrangulaire. L'orifice de la narine gauche est en grande partie obstrué par le néoplasme, la respiration est impossible de ce côté. Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires et pré-auriculaire du côté gauche. La gorge est saine dans toutes ses parties. On fait un pansement à l'iodoforme et on prescrit des lavages avec une solution de résorcine et des insufflations d'iodol et d'acide borique, car le malade ne tient pas à faire usage de l'iodoforme.

Le 8 juillet, la lésion nasale continuant à aller mieux, le malade se plaint d'un peu de mal de gorge, d'une gêne qu'il éprouve, dit-il, depuis deux jours seulement. A l'examen, on constate des amygdales rouges, tuméfiées, plus saillantes que de coutume ; sur la face antérieure du pilier existe quelques plaques opalines.

Le docteur Hicquet a communiqué à la Société de laryngologie et de rhinologie (mai 1882) l'observation suivante :

OBSERVATION XII

(Du docteur Hicquet.)

Je me rappelle avoir observé deux cas de chancre situés à l'entrée des fosses nasales, sur le côté de la cloison. Ces deux chancres s'étaient développés chez des typographes. J'ai recherché la porte d'entrée ; ces individus, qui étaient très francs, m'ont dit n'avoir eu aucun rapport avec d'autres femmes que la leur et leur femme était absolument indemne. Ils me donnèrent comme raison que les typographes, respirant beaucoup de poussière d'antimoine, étaient presque tous priseurs, et se servaient d'une boîte à tabac commune : c'est la seule explication que j'ai pu trouver de cette inoculation. J'ai eu l'occasion de voir moi-même la femme de l'un d'eux, qui ne présentait aucune trace de syphilis ; j'ai donc cru devoir m'en rapporter à leur dire.

Dans ce cas, c'est donc l'usage d'une tabatière commune qui a amené la contagion. Ce fait, d'ailleurs, n'est pas une exception et en Belgique on a pu observer encore d'autres cas de chancres contractés de la même façon et dans les mêmes ateliers de typographes.

3° **Chancre de l'œil**.

Le chancre des paupières a été signalé pour la première fois par W. Laurence dans son Traité des maladies des yeux. Il a été observé ensuite par Desmarre, Clerc, Davy et étudié d'une façon plus complète par Claude Savy dans un travail qu'il a publié en 1876.

La façon dont se prend ce chancre est ordinairement difficile à déterminer. Deux âges s'y trouvent plus particulièrement exposés : l'âge adulte, qui fournit la presque totalité des faits, et l'enfance, où la contamination par la nourrice est des plus faciles.

Les médecins semblent plus exposés, soit par la projection de la salive du malade, soit par le contact de leurs doigts infectés, témoins les cas de Fournier (Thèse de Savy), de Bietlen et celui si connu de Boucheron.

Les affections oculaires ont, en maintes circonstances, été une cause prédisposante particulièrement efficace; presque toujours, il s'est agi de malades atteints antérieurement de blépharite et de conjonctivite.

La contagion par le doigt constitue peut-être le mode le plus fréquent de transmission, soit que le doigt porte le virus des parties sexuelles à l'œil, soit qu'une bonne ou une nourrice porte à l'œil d'un enfant son doigt imprégné de salive infectée par des plaques muqueuses. Beaudry a tout spécialement insisté sur cette dernière pratique.

La contagion par la bouche a été signalée par ce dernier auteur; « à côté du baiser passionné de l'amour, il y a le baiser de la mère qui ignore son mal, et le baiser des servantes et des nourrices qui ont la détestable habitude d'embrasser sur les yeux, les oreilles, les narines, parfois même sur les parties génitales, les enfants confiés à leurs soins ». (Observations de Salomon, Gratia, Boucheron, Richou, Despagnet).

La bouche est encore la cause efficiente dans d'autres actes que celui d'embrasser. Par exemple, dans le cas de Campart, où le malade fut mordu à la paupière par un camarade qui avait des syphilides buccales.

Nous avons trouvé signalé par quelques auteurs un mode particulier de contagion, la contagion par la langue. Il s'agit dans ce cas de sujets ayant ou croyant avoir des corps étrangers des

paupières. Ce mode d'infection est surtout fréquent en Russie, où il existe, en effet, une pratique bizarre, surtout commune en Pologne, et qui consiste à enlever les corps étrangers de l'œil avec la langue. Montgomery a cité deux observations, et Teplyaschin six, dans lesquelles les paupières ont été infectées de cette façon. En mars 1887 il y eut, dans deux villages de Pologne, une véritable épidémie de syphilis due au léchage pratiqué par une commère notoirement syphilitique et qui déclara que, elle aussi, avait dû être infectée par ce moyen. Dans cette épidémie, il y eut 34 personnes léchées par la même commère et 34 infectées.

OBSERVATION XIII

(Montgomery. Chicago).

Femme de 45 ans, s'étant renversé du poivre dans l'œil. Elle appela sa servante qui lui balaya la surface conjonctivale avec la langue. Cette domestique avait, disait-on, une mauvaise maladie.

Il en résulta un ulcère induré sur la paupière supérieure gauche et s'étendant sur la surface conjonctivale.

OBSERVATION XIV

(Szokalski. Varsovie).

Un homme avait un cil de l'œil dans le cul-de-sac conjonctival ; un syphilitique chercha à le lui enlever avec la langue.

Il se produisit un ulcère syphilitique sur la conjonctive palpébrale de la paupière inférieure gauche.

Tous les auteurs signalent comme cause de contagion le contact direct des paupières avec les organes génitaux atteints d'ulcéra-

tions syphilitiques. Nous ne connaissons aucune observation de ce genre, et n'en avons nulle part trouvée qui fût indiquée par les auteurs.

Nivet a signalé dans une observation que nous rapportons l'emploi d'éponge commune et servant à laver en même temps et les parties génitales et la face.

OBSERVATION XV

(Nivet).

Le nommé B..., âgé de 46 ans, journalier, entre, le 2 février 1886, salle Saint-Louis, lit no 5.

Il présente au niveau de l'angle interne de l'œil gauche une ulcération croûteuse, large environ comme l'ongle de l'annulaire ; les croûtes enlevées, on constate que le fond de cette ulcération est rouge, uni, lisse. La base est manifestement indurée. Les paupières sont un peu ædématiées, et l'œil ne s'ouvre pas aussi largement que celui de l'autre côté.

On constate également, dans la région sous-maxillaire du côté gauche, un ganglion dur et indolent.

Le début du mal date de cinq semaines.

On trouve sur la peau du tronc une éruption généralisée de syphilides papulo-érythémateuses datant de quelques jours.

La contagion est due à l'éponge commune. Voici, en effet, ce que nous raconte le malade : il a l'habitude, pour se laver la figure, le matin, de se servir d'une éponge qui sert également à un de ses compagnons de chambre pour se laver les parties génitales, lequel compagnon est malade.

M. le professeur Badal a signalé à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (séance du 17 mars 1891) un mode curieux de contagion. Les ouvriers que leur profession expose à des traumatismes oculaires par éclats métalliques, comme les

ouvriers tourneurs, ou à des poussières, comme les mécaniciens, les chauffeurs, etc., cherchent assez fréquemment à retirer le corps étranger en glissant une feuille de papier à cigarette entre le globe de l'œil et la paupière, ou même en passant à la surface de la conjonctive l'extrémité humectée d'une cigarette. On comprend que cette manœuvre exécutée par un camarade syphilitique puisse devenir une source de contagion. M. Badal a présenté deux malades qui avaient contracté de cette façon leur chancre palpébral.

4° Chancre de l'oreille.

Ce chancre est des plus rares, dans toutes les statistiques que nous avons parcourues nous ne l'avons jamais vu mentionné. Nous ne l'avons jamais observé. Le seul cas que nous connaissions a été rapporté par M. Hulot. L'étiologie de ce chancre n'a pu être déterminée. Voici d'ailleurs cette observation publiée en 1879 dans les *Annales de dermatologie*.

OBSERVATION XVI

(Hulot).

Le nommé M..., tonnelier, âgé de 21 ans, se présente le 3 novembre 1877 dans le service du docteur Fournier, salle Saint-Louis, n° 57, à l'hôpital Saint-Louis.

Cet homme certifie n'avoir jamais eu aucune affection vénérienne. Par sa profession il est exposé à boire assez souvent, mais il dit que depuis quelque temps il ne supporte plus le vin ni l'alcool. Depuis environ 3 mois il a le corps couvert de boutons, dont le plus grand nombre sont aujourd'hui à l'état de taches grandes comme de fortes lentilles et ont une couleur brunâtre. Ces boutons lui auraient provoqué, nous dit-il, de fortes

démangeaisons, surtout dans le dos. Sur les épaules, et un peu dans le dos, on trouve en effet un certain nombre de boutons écorchés et de coups d'ongles, aisément expliqués du reste par une phthiriase intense. Mais pourquoi ces boutons ne sont-ils pas tous également prurigineux? Un d'entre eux dont l'origine remonte au début de l'éruption parasitaire, c'est-à-dire à environ 3 mois, a suivi une marche tout à fait différente des autres; il s'est régulièrement développé pendant que les autres se seraient successivement effacés. Situé à gauche au-devant de l'oreille, en arrière de la branche montante du maxillaire, immédiatement à la base du tragus, ce bouton, écorché fréquemment, s'est peu à peu transformé en une grande ulcération de forme ovalaire, à grand diamètre vertical, et offrant environ les dimensions d'une amande. Sous une croûte brunâtre palissandre, à fleur de peau et que l'on fait tomber au moyen d'un cataplasme, on trouve un chancre syphilitique des mieux caractérisés par son aspect chair musculaire, piqueté de sang veineux, par sa petite couronnne grisâtre adhérente, presque centrale, mais un peu rapprochée de la base du tragus; par son aréole violacée, par sa zone inflammatoire très étroite et sa base indurée, chondroïde, élastique, très bien limitée au-dessous de la lésion. Sous l'apophyse mastoïde correspondante, on trouve plusieurs ganglions un peu engorgés, durs et indolents, une véritable pléiade; de plus les ganglions trapézoïdiens gauches, sous-maxillaires et inguinaux des deux côtés sont également atteints. Depuis cinq semaines, le malade porte au scrotum des syphilides papulo-érosives encore humides. Depuis une quinzaine de jours il souffre de la gorge en mangeant; on trouve sur ses amygdales des plaques opalines des plus évidentes.

L'étiologie a été impossible à préciser. Il est seulement probable qu'un bouton ou une écorchure ont été, au début de la phthiriase, la porte d'entrée de la syphilis. Mais d'après les vagues renseignements obtenus, il ne nous est pas permis de dire si la contagion a été directe ou indirecte. Pour la roséole, le malade n'a pu s'en apercevoir; sa forme papuleuse l'a fait confondre avec l'éruption parasitaire.

5° Chancre du menton.

Les chancres du menton sont rares; sur 1,343 cas de chancres fournis par les statistiques réunies de Bassereau, Fournier, Clerc et Le Fort nous ne trouvons que 2 chancres du menton. Ils reconnaissent pour causes les plaies faites soit par la morsure d'une personne syphilitique et en puissance d'accidents du côté de la bouche, soit par le rasoir, plus rarement les baisers ou le contact d'un objet infecté, comme le biberon d'un enfant syphilitique.

Nous avons pu voir l'année dernière, à la consultation gratuite de M. le professeur Arnozan, un malade porteur de chancre du menton consécutif à une coupure de rasoir. M. le docteur Cheminade, récemment mort au Tonkin, médecin de 2e classe de la Marine, avait déjà publié, étant interne à l'hôpital Saint-Jean, l'observation d'un malade atteint dans les mêmes conditions ; nous avons un troisième cas identique, que M. le professeur Arnozan a traité et qu'il a bien voulu nous communiquer.

Pour que ce chancre du menton soit possible, il faut certaines conditions assez difficiles à réaliser en même temps :

1° Deux clients, l'un syphilitique, l'autre non, se succèdent assez rapidement la lame étant encore infectée. Car, en dehors des causes, telles que le repassage du rasoir sur le cuir ou la paume de la main, qui pourraient en enlever le virus, il se pourrait que la vitalité de ce dernier ne fût pas suffisante pour lui permettre de résister longtemps à l'action des agents extérieurs. L'impossibilité d'expérimentation et la difficulté d'observer minutieusement le mode de contagion ne nous permettent pas de trancher cette question sur laquelle les différents auteurs sont loin d'être d'accord.

2° Il faut encore que le premier soit porteur de lésions suintantes ou soit coupé.

3° Que le second présente des érosions ou des coupures au niveau du menton.

4° Enfin que le coiffeur soit malpropre et ne nettoye pas suffisamment rasoir et blaireau.

La complexité de ces conditions explique à la fois la possibilité et la rareté de ce chancre.

OBSERVATION XVII

A..., charpentier, 59 ans, se présente le 5 avril à la consultation gratuite de M. Arnozan pour chancre syphilitique développé sur le côté droit du menton.

En fait de maladies vénériennes antérieures cet homme n'a eu qu'un écoulement à 20 ou 25 ans.

Depuis six mois le malade se fait raser tous les huit jours chez un coiffeur de la rue Sainte-Croix avec les instruments qui servent à tous les clients; il y a environ cinq semaines que pendant deux dimanches consécutifs il a été écorché, au même endroit, et sur ce point s'est développée une ulcération qui présente les caractères suivants. Plaque rectangulaire, allongée sous le bord inférieur de la mâchoire, rouge, un peu saignante avec tendance à la formation de croûtes sur les bords : cette ulcération n'est nullement creuse, au contraire un peu saillante, les poils de la barbe ne sont pas tombés mais s'enlèvent avec la plus grande facilité. La plaque qui porte cette ulcération est dure, tout autour trois ou quatre pustules impétigineuses ; enfin en arrière du menton, grosse adénopathie, dure et multiple qui, au dire du malade, a été plus considérable et est actuellement en voie de régression. Ganglions axillaires petits, mais très nets des deux côtés; pas de ganglions inguinaux. Roséole très nette sur les parties latérales du tronc.

A gauche, au niveau des dernières fausses-côtes, point de côté douloureux ; obscurité du murmure vésiculaire, diminution des vibrations thoraciques. Sur cette région le malade applique de la teinture d'iode à vésication.

15 avril : Chancre en voie d'amélioration, roséole accentuée.

2 bains de sublimé par semaine.

30 avril : Chancre cicatrisé, formant une plaque encore dure, de même les quatre pustules qui l'entourent persistent encore. Ganglions réduits, axillaires et inguinaux développés.

Roséole intense, érosion impétigineuse dans le sillon préputial.

Traitement : 2 pilules de Ricord par jour.
3 bains de sublimé par semaine.

OBSERVATION XVIII

(Dr Cheminade).

Du L... (Paul), 30 ans, employé de commerce.

Pas d'antécédents morbides.

28 février 1887 : Il a été écorché chez un coiffeur, à la partie latérale du cou, immédiatement au-dessous de la branche du maxillaire inférieur, dans la région sus-hyoïdienne du côté droit.

Cette coupure, au dire du malade, ne pouvait cicatriser. Sous l'influence des nombreuses cautérisations que l'on y fit, il se formait une croûte blanchâtre qui tombait et laissait à nu une ulcération avec bords indurés, de forme ovale.

En même temps, les ganglions sous-occipitaux furent engorgés.

La guérison se fit au bout de deux mois.

Il resta une cicatrice très apparente, de la longueur de 1 centimètre et demi.

10 août 1887 : Nous revoyons le malade qui revient à l'hôpital pour des plaques muqueuses siégeant à la face interne de la joue gauche, de chaque côté du frein de la langue et sur les piliers du voile du palais.

Raucité de la voix.

Œdème inflammatoire de la portion sus-glottique du larynx.

Le malade est soumis au traitement :

Solution bi-iodurée, 2 cuillerées par jour.

Cautérisation des plaques au nitrate acide de Hg.

OBSERVATION XIX

(Professeur Arnozan).

X..., jeune homme de 27 ans, se présente à ma consultation vers la fin du mois de décembre 1890 : Il porte depuis quelques jours sur le côté droit du menton, presque dans la région sus-hyoïdienne « un bouton dur » qu'il est étonné de ne pas voir guérir plus rapidement et dont il ne souffre pas. Au premier aspect, on pourrait croire à une simple pustule d'impetigo ; le bouton en question est en effet couvert de croûtes jaunes, un peu sèches il est vrai. Mais ces croûtes, une fois détachées, on est en présence d'une ulcération régulièrement arrondie, grande comme une pièce de 20 centimes, de couleur rouge, à suintement très peu abondant. En la prenant entre deux doigts, on reconnaît que cette ulcération repose sur une base fortement indurée. Enfin, de chaque côté de la région sus-hyoïdienne, on constate en arrièrede la branche horizontale du maxillaire inférieur de grosses masses de ganglions tuméfiés et durs. En un mot, l'ensemble des lésions ne laisse aucun doute sur le diagnostic de chancre syphilitique.

Quelle pourrait être l'origine de la contamination? Le jeune homme affirmait n'avoir pas fréquenté de femmes depuis plus d'un mois et je n'avais aucune raison de douter de sa parole. L'interrogeant alors sur la façon dont il faisait faire sa barbe, j'appris qu'il allait se faire raser au hasard, chez le premier coiffeur venu, et il se rappelait nettement que trois semaines environ avant le début de son chancre, le client qui l'avait précédé entre les mains du barbier, portait à la figure des rougeurs et des boutons qui lui avaient paru suspects. Telle est probablement l'origine de la contagion : le rasoir ou plutôt le blaireau avait recueilli chez l'un, des germes contagieux et les avait portés peu de temps après chez l'autre.

Quoi qu'il en soit, c'était bien d'un chancre syphilitique qu'il s'agissait ; la suite (roséole, plaques muqueuses) l'ont démontré ; cette syphilis paraît d'ailleurs évoluer sans accidents spéciaux et avec une intensité moyenne.

A ces trois observations, nous avons cru bon d'ajouter celle qu'a communiquée l'année dernière M. Brousse à la Société de dermatologie ; cette observation est intéressante par la multiplicité des lésions, probablement encore dues dans ce cas à un rasoir infecté.

OBSERVATION XX

(Dr Brousse).

Il s'agit d'un homme de 32 ans, entré à la clinique dermatologique de Montpellier, pour une éruption papulo-crustacée, consistant en 7 boutons croûteux, assez volumineux, siégeant : le plus petit à la lèvre supérieure les 6 autres, plus gros, sous les parties antérieures et latérales du menton.

Cette affection date de quinze jours environ ; les 7 boutons auraient apparu presque tous en même temps et aurait débuté par une papule qui se serait ensuite ulcérée et recouverte d'une croûte. En même temps, engorgement ganglionnaire sous-maxillaire très considérable.

Si on fait tomber les croûtes des boutons, ceux-ci présentent des caractères particuliers : leur surface est rouge, cuivrée, excavée en godet, reposant sur une base indurée à bords saillants et régulièrement arrondis : en un mot ils offrent l'aspect de véritables chancres syphilitiques.

Ce diagnostic a été ultérieurement confirmé par l'apparition successive de papules cutanées et de plaques muqueuses buccales.

M. Brousse ajoute : « Quelle a pu être l'origine de ces chancres multi-» ples? En dehors de renseignements précis, je serais tenté d'incriminer ici » une contamination par le rasoir, qui expliquerait assez bien la multiplicité » des portes d'entrée du virus ».

6° Chancres de la joue.

Comme les précédents ils sont très rares et ordinairement consécutifs aux plaies de rasoir ou bien au contact direct d'une partie ulcérée avec un objet infecté. M. Ladoire Yves (Thèse 1854) cite un officier de la garnison de Paris qui contracta un chancre après avoir été coupé à la joue par le barbier du régiment. M. Hulot cite un cas de deux chancres indurés symétriques des joues avec adénopathies correspondantes; les deux chancres fortement indurés donnaient la sensation d'un corps étranger situé sous la peau, le malade ne les avait remarqués qu'après s'être fait raser la barbe qu'il portait très abondante auparavant, il est probable qu'il s'était infecté lui-même en se grattant la barbe et en s'écorchant la figure après avoir porté les mains dans quelque endroit malpropre.

M. le Dr de Chapelle a soigné il y a deux ans, dans son service à l'hôpital Saint-Jean, un homme porteur de chancre de la joue; cet individu, employé comme manœuvre sur les quais, avait deux ou trois semaines avant l'apparition de son ulcération aidé à un chargement de briques et avait été blessé à la joue; le soir même, il avait eu des relations avec une fille publique envoyée quelques jours après à l'hôpital Saint-Jean pour plaques muqueuses de la vulve. Dans ce cas l'étiologie était bien évidente et facile à établir.

William Anderson a publié dans le *British Journal of dermatology* de janvier 1889, l'observation suivante :

OBSERVATION XXI

(Anderson).

Homme de 29 ans, portant une large ulcération ovalaire sous l'œil droit, ulcération qui comprenait la paupière inférieure et la joue et qui avait deux pouces de diamètre transversal sur un demi-pouce de diamètre vertical.

Elle faisait une saillie d'un sixième de pouce et était lisse, rougeâtre, un peu irrégulière : les bords étaient bien arrêtés, un peu indurés, fort renversés. Peu de sensibilité. Glandes sous-maxillaires tuméfiées et dures Roséole caractéristique sur le corps et la figure. Le malade prétend avoir reçu sur l'œil, sept semaines auparavant, un coup qui causa une ecchymose et une excoriation : un ami, qui avait des plaques buccales, pratiqua la succion de la blessure, de là la contamination.

7° Chancres du front.

Ils sont exceptionnels et dus à une morsure ou à une ulcération qui a été secondairement infectée. Nous reproduisons l'observation suivante qui a été prise dans le service de M. Fournier et publiée, en 1882, par Guignard.

OBSERVATION XXII

Le nommé D..., âgé de 18 ans, journalier, est entré le 14 février 1882, dans le service du Dr Fournier ; le malade a toujours joui d'une bonne santé. Il raconte qu'il y a 3 mois, il a été heurté par une planche, au niveau de la région temporale droite, un peu au-dessus et en arrière de la queue du sourcil. Il en est résulté une écorchure qui n'a point guéri et qui a dégénéré en une ulcération simplement pansée au diachylon ; cette ulcération est aujourd'hui cicatrisée et sa cicatrice est manifestement celle d'un chancre syphilitique.

Le malade ignore absolument de quelle façon s'est faite la contagion. Il raconte qu'il avait, comme camarade de lit, un homme qui avait eu des chancres ; ce camarade à plusieurs reprises, a pansé l'écorchure et très probablement a de cette façon infecté le malade.

La cicatrice a les dimensions d'une pièce de deux francs ; sa couleur est

rouge sombre, sa forme circulaire. Elle fait une saillie de 1 à 8 millimètres sur les téguments voisin. La partie centrale est légèrement déprimée et comme entourée d'un cadre rigide d'une largeur de 2 centimètres environ. Induration sous-jacente. Cette induration qui ne dépasse pas les limites du chancre, a comme étendue, comme forme et comme résistance les caractères de l'induration pathognomonique du chancre syphilitique.

Au-dessus du lobule de l'oreille, il est facile de constater la présence d'un ganglion mobile, dur, indolent. D'après les renseignements fournis par le malade, il peut remonter à cinq semaines. Ce ganglion est devenu légèrement douloureux depuis qu'on a badigeonné la région avec de la teinture d'iode.

Point d'alopécie, point de céphalée, la peau du malade présente des syphilides papuleuses, granuleuses (syphilide acnéiforme) qui remontent à quinze jours. Elles occupent surtout le tronc, elles sont discrètes aux cuisses, plus marquées aux jambes. Rien à la bouche ni à l'anus.

CONCLUSIONS

Le chancre de la face, chancre syphilitique, se produira toutes les fois que se trouveront réunies les deux conditions suivantes : 1° la sécrétion ou le dépôt antérieur du virus spécifique; 2° la réceptivité liée à la présence d'une solution de continuité qui servira de porte d'entrée à la syphilis.

Le virus sera transmis directement par un contact malheureux ou par des liquides physiologiques et le plus souvent par la salive (morsures, baisers), ou bien par des objets infectés et quelquefois employés en commun (tubes des verriers, tabatière des typographes, papier à cigarette des mécaniciens, rasoir, blaireau).

Les différentes régions seront infectées d'autant plus fréquemment que leur siège et leurs fonctions les exposeront davantage au contact virulent; les chancres labiaux seront donc les plus fréquents, puis viendront ceux de la langue, du nez, des amygdales, des gencives, des joues, du front et de l'oreille.

Vu : *Pour le Doyen*,
L'ASSESSEUR DÉLÉGUÉ,
Dr. JOLYET.

VU BON A IMPRIMER :
Le Président de la thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 29 novembre 1892,
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Archives générales de medecine (1859, Rollet).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (79-91-92).

Revue des Sciences médicales de Hayem.

Revue médicale de l'Est (1878, Dr Spillmann).

Revue des Sciences médicales de Bordeaux.

Journal de médecine et de chirurgie, 1880.

TEPLYASCHIN. — *Journal de Unna,* 1887.

AUBERT. — *Lyon médical,* 1883.

Dict. encyclop. des Sciences médicales (Rollet, art. *chancre*).

DUBREUIL. — *Gaz. hebd. des Sciences médicales de Montpellier,* 1888.

Annales d'Oculistique.

Revue générale d'Ophtalmologie.

FOURNIER. — Cliniques : *Union médicale* 1858.

JULLIEN. — Maladies vénériennes.

MAURIAC. — Syphilis primitive et secondaire.

LAURENCE. — Traité pratique des maladies des yeux.

LAYET. — Traité pratique de vaccination animale.

DESMARRES. — Traité pratique des maladies des yeux.

CLERC. — Traité des maladies vénériennes.

MARTINEAU. — De la propagation de la syphilis et de sa prophylaxie, 1881.

BERGONIÉ. — Leçons sur la chaleur animale et la Thermodynamique. Bordeaux, 1887 à 1888.

FORTUNIADÈS. — Thèse de Paris, 1862.

SAVY. — Thèse de Paris, 1876.

RIVET. — Thèse de Paris, 1887.

TOUCHEAULME. — Thèse de Paris, 1889.

DUPOND. — Thèse de Bordeaux, 1888.

FOURNES. — Thèse de Bordeaux, 1891.

16,796. — Bordeaux, Vᵉ Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.